

**Paulo Ribeiro Matos Ferreira**

**INTERNATIONAL MASTER  
MENTAL HEALTH POLICY AND SERVICES  
2009-2011**

**Dissertação de Mestrado em Saúde Mental Internacional**

**Estudo das Vias de Acesso aos Cuidados Psiquiátricos na  
Equipa de Sintra.**

Universidade Nova de Lisboa  
Faculdade de Ciências Médicas



**Orientadores:**

**Prof. Dr. Francisco Torres-Gonzalez**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Graça Cardoso**

**2012**

**José e Deolinda**

**Elisabete**

**Rafael e Ana Rita**

**Passado, Presente e Futuro**

**Agradecimentos:**

Em primeiro lugar agradeço aos meus orientadores Prof. Dr. F. Torres-Gonzalez e Prof<sup>a</sup>. Dra. Graça Cardoso pela orientação recebida e ao Dr. Braúlio de Almeida e Sousa por me disponibilizar o questionário utilizado no estudo traduzido e pronto a utilizar. Agradeço aos meus colegas do CiNTRA, especialmente à Dra. Antónia Frاسquilha, Dr. Mário David, Dr. Mário Borrego, Dra. Fátima Antunes e Dra. Licínia Silva pelo apoio na recolha da amostra. Finalmente agradeço ao colega Dr. Rui Durval pelo seu apoio no tratamento dos dados.

**Resumo:**

**Introdução:** O estudo das vias de acesso à consulta de Psiquiatria permite identificar os parceiros mais importantes no acesso dos utentes aos serviços psiquiátricos. O modelo de Goldberg-Huxley considera que o acesso às consultas de Psiquiatria se faz principalmente através dos cuidados de saúde primários.

**Material e Métodos:** Para estudar as vias de acesso aos cuidados psiquiátricos utilizamos a Encounter Form, questionário desenvolvido por Gater. Foi também avaliada a classe social dos utentes utilizando a Escala de Graffar.

Este inquérito foi passado na Consulta de Psiquiatria de Sintra a utentes de primeira consulta. A amostra estudada foi de 93 utentes. O objectivo do estudo foi conhecer a trajectória do utente desde que teve necessidade de ser consultado até chegar à consulta de Psiquiatria, os sintomas que determinaram a decisão de procurar ajuda e a influência da classe social no tempo de percurso.

**Resultados:** Observa-se que os utentes passam pela Medicina Geral e Familiar em 71 % dos casos, pela Urgência Psiquiátrica em 16,1 % dos casos, pela Medicina Especializada Hospitalar em 10,7 % dos casos e pela Urgência Geral em 1,1 % dos casos. Na escala de Graffar a classe social prevalente é a média (Classe III). O tempo de percurso foi maior que em estudo similar realizado em 1991. A classe Social III foi a que teve tempo de percurso maior.

**Conclusões:** O estudo conclui que o acesso a esta consulta de Psiquiatria se faz principalmente através da Medicina Geral e Familiar. O tempo de percurso é maior que o desejável por falta de recursos humanos.

**Palavras-Chave:** vias de acesso; cuidados psiquiátricos; cuidados de saúde primários; articulação.

## **Summary:**

**Introduction:** The study of the Pathways to Psychiatric Care identifies the most important partners in accessing psychiatric services. The Goldberg-Huxley model believes that access to Psychiatric consultation is done preferably through the primary health care.

**Material and Methods:** This survey included 93 first-time users of the Psychiatric Consultation of Sintra. The aim was to study the trajectory of the user since he had felt a need to be consulted until the consultation of Psychiatry, the symptoms that led to the decision to seek help and influence of social class in time spent in pathways. This study used the Encounter Form, a questionnaire developed by Gater. Social class of users was also assessed using the Scale of Graffar.

**Results:** We observed that users have contact with General Practitioners in 71% of cases, the Psychiatric Urgency in 16.1% of cases, the Hospital Medical Specialist in 10.7% of cases and the General Urgency in 1,1% of cases. On the Graffar scale middle class (Class III) was the most prevalent. The travel time spent in pathways was greater than that obtained in a similar study carried out in 1991. Social Class III group had a greater time spent on pathways.

**Conclusions:** The study concludes that access to this Psychiatric consultation is principally through general practice. The time spent in pathways is greater than desirable due to lack of resources.

**Key-words:** Pathways to care; Psychiatric Care; Primary Care; Articulation.

## **Resumen:**

**Introducción:** El estudio del acceso a consultas de Psiquiatría identifica a los parceros más importantes en el acceso a los servicios psiquiátricos. El modelo de Goldberg-Huxley considera que el acceso a la consulta psiquiátrica se realiza preferentemente a través de la atención primaria de salud.

**Material y métodos:** Este estudio utiliza el Encounter Form, un cuestionario desarrollado por Gater. También se evaluó la clase social de los usuarios mediante la Escala de Graffar.

Esta encuesta se pasó a 93 usuarios de primera vez de la Consulta Psiquiátrica de Sintra. El objetivo fue estudiar la trayectoria de los usuarios ya que había necesidad de ser consultado hasta la consulta de Psiquiatría, los síntomas que condujeron a la decisión de buscar ayuda y la influencia de la clase social en el tiempo de trayeto.

**Resultados:** Se observó que los usuarios ir a través de la práctica general en el 71% de los casos, la urgencia psiquiátrica en el 16,1% de los casos, el Especialista Hospitalar en el 10,7% de los casos y el de urgencia general en 1,1% de los casos. Por la escala de Graffar la clase social predominante es la media (clase III). El tiempo de trayeto es mayor que la obtenida en un estudio similar realizado en 1991. El grupo Clase Social III tenía un mayor tiempo de trayeto.

**Conclusiones:** El estudio concluye que el acceso a esta consulta de Psiquiatría es principalmente a través de la práctica general. El tiempo de trayeto es mayor de lo deseable debido a la falta de recursos.

**Palavras Clave:** Caminos de acceso; Atención Psiquiátrica; Atención Primária de Salud; Conjunta.

<b>Índice</b>	<b>Pag.</b>
1- Introdução	1
1.1 – Estado da Arte	1
1.2 – Descrição da equipa de Sintra	14
2 – Objectivos	16
2.1 – Hipóteses	16
3 – População e Métodos	17
3.1 – Amostra	17
3.2 – Instrumentos de Medida	17
3.3 – Análise dos Dados	18
3.4 – Considerações Éticas	19
4 – Apresentação dos Resultados	19
4.1 – Caracterização da Amostra	19
4.2 – Vias de Acesso	23
4.3 – Tempos de Acesso	30
5 – Discussão dos Resultados	32
6 – Conclusões	37
7 – Bibliografia	39
Anexo I – Questionário sobre as vias de acesso	43
Anexo II – Teste de Graffar	49

<b>Índice de Tabelas</b>	<b>Pag.</b>
<b>Tabela 1</b> – Níveis de cuidados em Saúde Mental de acordo com o modelo Goldberg-Huxley	3
<b>Tabela 2</b> – Distribuição segundo a idade e género	20
<b>Tabela 3</b> – Distribuição segundo o estado civil	20
<b>Tabela 4</b> – Distribuição segundo a situação profissional	21
<b>Tabela 5</b> – Distribuição segundo grupos de diagnóstico	22
<b>Tabela 6</b> – Distribuição segundo a classe social de Graffar	22
<b>Tabela 7</b> – Distribuição segundo os passos percorridos	23
<b>Tabela 8</b> – Distribuição segundo as estruturas a que recorreram	24
<b>Tabela 9</b> – Distribuição segundo o último atendimento	24
<b>Tabela 10</b> – Distribuição segundo o local de atendimento	25
<b>Tabela 11</b> – Distribuição pelos trajectos realizados	26
<b>Tabela 12</b> – Distribuição pelos sintomas que ocasionaram a procura de serviços.	27
<b>Tabela 13</b> – Distribuição por tipo de sintoma	28
<b>Tabela 14</b> – Distribuição gráfica das vias de acesso	29
<b>Tabela 15</b> – Tempo de percurso (meses) segundo o trajecto	30
<b>Tabela 16</b> – Tempo de percurso (meses) por género	31
<b>Tabela 17</b> – Tempo de percurso (meses) por classe social (segundo Graffar)	31
<b>Tabela 18</b> – Tempo de percurso (meses) por tipo de sintoma	32



## **1 – Introdução:**

### **1.1. Estado da Arte:**

O termo “cuidados primários de saúde” é definido pela declaração de Alma Ata como “cuidados essenciais de saúde baseados em conhecimentos práticos e científicos, com procedimentos e tecnologia socialmente aceitáveis tornados universalmente acessíveis às pessoas e famílias na comunidade com a sua participação total e com um custo que a comunidade e o país possa comportar e manter em todo o estágio do seu desenvolvimento num espírito de autoconfiança e de autorealização”. As principais funções dos cuidados primários de saúde (1) são as seguintes:

- Consulta de acesso directo ao doente;
- Cuidado centrado no doente, sua família e com perspectiva de continuidade;
- Função de filtro em relação ao acesso ao cuidado especializado.

Os problemas de saúde mental como a ansiedade e a depressão são comuns nos cuidados de saúde primários e causadores de acentuada morbilidade, incapacidade e perda de produtividade. A maioria destas situações podem ser abordadas e resolvidas a nível dos cuidados de saúde primários pelos médicos de família de forma isolada ou em colaboração com os serviços especializados. Estes cuidados podem ser menos satisfatórios devido a um ou mais dos seguintes factores:

1. O reconhecimento e tratamento das doenças mentais comuns pelos médicos de família são inadequados;
2. A prioridade dada pelos decisores, nos diversos níveis, aos problemas mentais, é baixa;
3. Os recursos disponibilizados para o tratamento das doenças mentais comuns são inadequados.

A Organização Mundial de Saúde (2) sugere que todas as políticas de saúde mental devem basear-se em quatro princípios basilares que são a acessibilidade, a equidade, a eficácia e a eficiência. A **acessibilidade** significa que os serviços oferecidos devem cobrir a necessidade de serviços na comunidade. Significa ainda que o direito de obter tratamento deve depender da necessidade deste e não da capacidade monetária ou do local onde reside. A **equidade** significa que os recursos em termos de saúde mental devem ser distribuídos de forma justa pela população para que pessoas com problema semelhante recebem atenção semelhante (equidade horizontal) e pessoas com problema mais grave recebem mais cuidados que pessoas com problema menos grave (equidade vertical). A **eficácia** significa que os serviços de saúde mental devem cumprir a sua função que é melhorar os níveis de saúde da população que serve. A **eficiência** significa que, sendo os recursos sempre limitados, estes devem ser distribuídos de forma a maximizar os ganhos de saúde para a sociedade. Este princípio depende, para a sua realização, dos anteriores que são a acessibilidade, a equidade e a eficácia.

O estudo das vias de acesso aos cuidados psiquiátricos tem como base teórica o modelo proposto por David Goldberg e Peter Huxley (3). Este modelo descreve 5 níveis e 4 filtros encontrados no caminho até aos cuidados especializados de saúde mental:

**Tabela 1 – Níveis de cuidados em Saúde Mental de acordo com o modelo Goldberg-Huxley**

Nível 1: Comunidade	Filtro 1: Comportamento de doente
Nível 2: Cuidados Primários (C.P.)	Filtro 2: Capacidade de detectar a doença
Nível 3: Tratamento da doença nos C.P.	Filtro 3: Referência ao Serviço Saúde Mental
Nível 4: Serviço de Saúde Mental	Filtro 4: Admissão ao Internamento
Nível 5: Serviço de Internamento	

Goldberg e Huxley consideram que a via usual de acesso às consultas de psiquiatria é através dos clínicos gerais havendo, no entanto, outras vias que consideram ser de menor relevância. Segundo este modelo considera-se haver problemas ao acesso aos cuidados psiquiátricos relacionados com falta de reconhecimento da doença por parte dos médicos de família e da resistência dos utentes em serem avaliados em consulta de Psiquiatria devido ao estigma associado a este tipo de patologias.

Os estudos sobre as vias de acesso aos cuidados psiquiátricos têm sido efectuados desde 1980, na sequência dos trabalhos de Goldberg (4) sobre a relação entre a psiquiatria e os cuidados de saúde primários e sobre as formas de apresentação das doenças mentais a nível da comunidade e nos cuidados de saúde primários. O estudo das vias de acesso permite identificar os parceiros mais importantes no acesso aos serviços psiquiátricos o que é fundamental para planear as formas de intervenção em saúde mental mais eficazes, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados de saúde. Trata-se ainda de um estudo que exige poucos meios para ser colocado em prática, razão pela qual tem sido aplicado por todo o mundo em países de médios e baixos recursos, locais onde a investigação em Psiquiatria e em Serviços de Saúde Mental é praticamente inexistente.

Um questionário denominado “Encounter Form”, para avaliar as vias de acesso aos serviços foi desenvolvido por Gater (5), aplicado pela primeira vez em 1991 num estudo multicêntrico promovido pela Organização Mundial de Saúde. Este estudo foi desenvolvido em colaboração com centros psiquiátricos localizados em Cuba, Checoslováquia, Índia, Indonésia, Kenya, México, Portugal, Paquistão, República Democrática do Yemen, Espanha e Reino Unido. Neste estudo Portugal participou através do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de Setúbal, cujo director, na altura, era o Dr. Braúlio de Almeida e Sousa. O método de recolha da amostra neste estudo consistiu em entrevistar todos os utentes de primeira consultas realizadas no espaço de um mês na área demográfica em estudo. Procuraram incluir na amostra todas as primeiras consultas realizadas seja em serviços públicos, em consultórios ou clínicas privadas e ou nos serviços de urgência. Uma medida basilar para se poder comparar o tempo de acesso à consulta de Psiquiatria nos diversos centros participantes foi o número de psiquiatras por milhão de habitantes. Naturalmente se a densidade de psiquiatras for menor mais demorado será o acesso a este especialista. Em relação a Portugal, Setúbal apresentava na altura 40 psiquiatras/milhão de habitantes. Nesta área o atendimento era realizado em clínicas na comunidade. Apesar de não ser visível no questionário a presença de curandeiros como parte das vias de acesso aos cuidados psiquiátricos é referido, a título informativo, que na região de Setúbal existiam alguns curandeiros nas zonas rurais que cuidavam em segredo casos em que os serviços médicos falhavam. Estes curandeiros explicavam os sintomas em termos de feitiçaria e não tinham qualquer ligação aos Serviços de Saúde Mental. Em relação aos resultados comparativos dos diversos Centros participantes constatamos que nos países europeus e em Cuba o acesso aos serviços psiquiátricos era feito através do médico de família em 66% a 81% dos casos. Em Nairobi, Rawalpindi, Bangalore e

Ujung Pandang existia mais acesso directo aos serviços (33% a 39%), acesso por via de Polícia e Tribunais, através de médicos hospitalares e de curandeiros.

Os resultados do estudo realizado em Manchester foram publicados em artigo separado (6) pelos autores Richard Gater e David Goldberg. A amostra foi recolhida no espaço de um mês conforme o indicado no estudo multicêntrico. O acesso foi feito, em 66% dos casos, através do médico de família. Neste estudo, ao contrário do realizado em Granada, foi avaliada a classe social em escala que vai da classe social I (mais privilegiada) à classe social V (menos privilegiada). A classe social III corresponde a 50% da amostra e a classe social IV corresponde a 27% da amostra.

Os resultados do estudo realizado em Granada foram também publicados em artigo separado (7). Em termos de resultados verificamos que 66% dos utentes acedem às consultas de Psiquiatria através do médico de família, 19% através de médico especialista e 12% de forma directa.

Não foi possível obter eventual publicação separada com os resultados do estudo realizado em Setúbal havendo, como termo de comparação, somente os dados publicados no estudo multicêntrico (5).

O estudo multicêntrico realizado com a coordenação da Organização Mundial de Saúde em 1990 foi o ponto de partida e a fonte inspiradora para outros estudos realizados em diversas partes do mundo e onde foi respeitada a mesma metodologia com algumas pequenas variações.

Pouco tempo depois da publicação do estudo multicêntrico promovido pela Organização Mundial de saúde foi realizado em Ankara, na Turquia (8) um estudo com metodologia similar que incluiu população infantil (155 crianças) e população adulta (427 adultos). Concluiu que na população infantil estudada 64% das crianças acediam directamente à consulta de Psiquiatria e 36% eram enviadas a partir de especialista hospitalar. Na população adulta estudada 50% acediam directamente à consulta de

Psiquiatria, 44% eram enviados por especialista hospitalar, 3% por médico de família, 1% por curandeiro e 1% pela Polícia.

Existe ainda um estudo das vias de acesso aos cuidados psiquiátricos realizado em Cantábria (Espanha) em 1993 (9). Concluiu que o acesso aos cuidados psiquiátricos em diversos centros da região da Cantábria se fazia predominantemente através dos médicos de família. Com menor impacto surgiam os especialistas hospitalares e o acesso directo.

Outro estudo multicêntrico realizado em diversos centros psiquiátricos da Europa de Leste (10) que incluem a Sérvia-Montenegro, a Roménia, a Bulgária, a Macedónia e a Croácia, utilizou uma amostra limitada a 50 participantes por cada centro em que foi aplicado o questionário e a duração de recolha da amostra foi de dois meses. Este estudo concluiu que o acesso dos doentes à consulta de Psiquiatria nestes centros se fazia através de acesso directo em 40% dos casos. As restantes vias de acesso mais importantes eram os clínicos gerais e os especialistas hospitalares.

Num estudo sobre as vias de acesso aos cuidados psiquiátricos realizado na Polónia (11) a amostragem foi realizada durante 2 meses num total de 228 utentes. Concluiu que destes utentes 31% eram referenciados pelo médico de família, 34% por especialistas hospitalares e 23% de forma directa.

Num estudo sobre as vias de acesso aos cuidados psiquiátricos realizados na ilha de Bali, na Indonésia (12), podemos observar resultados muito diferentes dos encontrados nos países da Europa. A amostra de 58 pacientes foi recrutada em dois meses e concluiu que as vias de acesso de 67% dos utentes passavam pelos curandeiros, 13% pelos médicos hospitalares, 17% pelos médicos de família e 4% eram atendidos de forma directa. Neste estudo eram ainda avaliadas as formas de intervenção utilizada pelos curandeiros que incluía mantras cantados, aplicação de água benta, óleos e ervas medicinais, práticas baseadas no hinduísmo de Bali.

Também localizado na Ásia temos um estudo multicêntrico realizado no Japão (13). Neste estudo a amostra final de 84 utentes foi recolhida durante três meses. O serviço de saúde do Japão caracterizava-se por não existirem médicos de família e o utente ter acesso directo a qualquer especialidade. Dos 84 utentes 33 utentes (39,4%) recorreram directamente ao serviço de saúde mental, 32 utentes (38,1%) passaram pelo hospital geral e 13 utentes (15,5%) por clínicos privados.

Temos ainda um estudo multicêntrico sobre as vias de acesso aos cuidados psiquiátricos semelhante em termos metodológicos ao realizado na Europa do Leste (10) realizado no Bangladesh, Índia, Japão, Mongólia e Nepal (14). Neste estudo foram recrutados 50 pacientes em cada centro e as conclusões indicaram que as quatro principais vias de acesso foram o acesso directo, os clínicos privados, os hospitais gerais e os curandeiros. Em todos os centros referidos, com excepção do Japão, os curandeiros desempenhavam um papel importante no acesso aos cuidados psiquiátricos. Inserido neste estudo multicêntrico temos o estudo realizado no Bangladesh (15), com amostra de 50 entrevistas obtidas em dois meses, concluiu que as principais vias de acesso eram o acesso directo, através de curandeiros, através de especialistas hospitalares e através de clínicos privados.

Num artigo de opinião no Indian Journal of Psychiatry (16) Trivedi e Jilani referiram que o estudo das vias de acesso aos cuidados psiquiátricos aumentava a capacidade dos serviços de psiquiatria para minimizarem o custo do tratamento e melhorarem o prognóstico dos doentes pelo seu tratamento mais precoce. Em termos da situação da Índia foi referida a necessidade de mudar as mentalidades sobre a causa das doenças psiquiátricas. Os curandeiros usavam um modelo mágico-religioso para explicar a causa das doenças mentais. A oferta de serviços psiquiátricos comunitários acessíveis não iria só por si mudar esta mentalidade.

Em termos de estudos de vias de acesso aos cuidados psiquiátricos temos ainda um estudo realizado em 2003 na Etiópia (17) utilizando a Encounter Form de Gater. Com amostra de 1044 doentes concluíram que o hospital de doenças mentais é contactado directamente em 41% dos casos. Os restantes doentes passaram em média por quatro prestadores de assistência. Cerca de 40% dos doentes procuraram cuidados em curandeiros. Entre o início dos sintomas e o tratamento o intervalo de tempo era, em média, de 38 semanas (cerca de 9 meses).

Além dos estudos sobre as vias de acesso aos cuidados psiquiátricos que seguem o modelo do estudo inicial realizado pela Organização Mundial de Saúde podemos analisar também estudos sobre as vias de acesso aos cuidados psiquiátricos em que se investigaram outros factores associados. Como exemplo deste tipo de estudos efectuados sobre as vias de acesso aos cuidados psiquiátricos nos países de alto rendimento, ainda existem estudos como o realizado em Verona, Itália (18) em que além das vias de acesso se faz uma estimativa dos custos associados a três meses de tratamento. As vias de acesso aos cuidados psiquiátricos também têm associado o custo dos cuidados de saúde e podemos considerar que a melhoria das vias de acesso aos cuidados psiquiátricos poderão reduzir o custo dos cuidados de saúde prestados e melhorar a sua qualidade.

### **Estudos sobre vias de acesso a cuidados psiquiátricos em países africanos**

Em termos de estudo de vias de acesso aos cuidados psiquiátricos em África temos um estudo realizado em Unidade de Internamento Hospitalar (19) por Eshtu Girma e Markos Tesfaye em que estudaram 384 doentes psiquiátricos que recorreram à Unidade de Internamento. Destes 186 (48,4%) sofriam de depressão major e 55 (14,3%) sofriam de esquizofrenia. Da amostra total 135 doentes (35,2%) recorreram directamente ao hospital.



Metade dos pacientes procuraram tratamento tradicional seja através de curandeiros religiosos 116 (30,2%), seja herbalistas 77 (20,1%), que consideram que a doença mental é devida a possessão ou mau olhado.

Existe um outro estudo de Abdulmalik e Sale (20) sobre as vias de acesso aos cuidados psiquiátricos de crianças e adolescentes em Hospital do norte da Nigéria. De notar que a Nigéria é um país com 44% da sua população com menos de 14 anos de idade e 5% com mais de 60 anos de idade. O estudo foi conduzido durante 6 meses. Na amostra obtida de 242 utentes com menos de 18 anos 59,5% não receberam qualquer tratamento prévio, 36,4% receberam tratamento por curandeiro e somente 3,3% tiveram contacto prévio com Hospital Geral.

### **Estudos sobre vias de acesso em grupos específicos de doentes**

Alguns estudos sobre as vias de acesso aos cuidados psiquiátricos estudaram apenas os doentes com uma patologia. Como exemplo temos um estudo paquistanês que estudou as vias de acesso aos cuidados psiquiátricos nas psicoses e a duração da psicose não tratada na cidade de Karachi (21). A amostra foi colhida em Hospital Universitário de 500 camas no centro de Karachi e contou com 93 pacientes, 55 do sexo masculino e 38 do sexo feminino. O acesso dos pacientes com psicose iniciou-se pelo psiquiatra em 43% dos casos, por curandeiro religiosos em 15% dos casos e em 5% dos casos pelos médicos de família e urgências. A duração média da psicose não tratada foi de 64 semanas (cerca de 16 meses) e mais longa no sexo masculino (16,8 meses) em comparação com sexo feminino (11,8 meses). Este estudo mostrou ainda que os doentes com sintomatologia positiva tiveram duração de psicose não tratada menor que 6 meses em 78,7% dos casos enquanto que os doentes com sintomatologia negativa apresentaram uma duração de psicose não tratada menor que 6 meses somente em 21,3% dos casos.

Temos ainda um estudo das vias de acesso aos cuidados psiquiátricos de doentes com psicose realizado na Índia (22) em que com uma amostra de 40 doentes com psicose esquizofrénica se concluiu que a média de duração da psicose não tratada era de 8 meses. As vias de acesso passaram por curandeiros em 47,5% dos casos e por centros médicos em 40% dos casos concluindo que a sensibilização destes agentes de saúde para administração de antipsicóticos poderá diminuir o tempo de psicose não tratada.

Consideramos em seguida um estudo realizado em 2004 na Alemanha (23) sobre as vias de acesso ao hospital psiquiátrico a pacientes com o primeiro episódio de esquizofrenia. Os autores procuraram determinar o tempo de psicose não tratada que, na amostra recolhida de 96 utentes foi de 5 semanas em caso de haver sintomas positivos e de 18 meses se apenas sintomas prodrómicos. A via mais rápida de acesso aos cuidados psiquiátricos foi através do médico generalista e a via mais lenta através de médicos especialistas hospitalares.

Não podemos deixar de referir um interessante estudo (24) onde foi feita uma revisão sistemática dos estudos sobre as vias de acesso dos doentes com o primeiro surto de psicose. Os autores da revisão aperceberam-se que a metodologia utilizada nos diferentes estudos é diversa, não sendo possível realizar uma meta-análise. Não foi utilizado a Encounter Form de Gater pois este questionário não foi considerado adequado para o objectivo do estudo. Concluiu que uma vez que os estudos sobre as vias de acesso aos cuidados psiquiátricos dos doentes com psicose são um primeiro passo crucial para melhorar a decisão clínica e oferta de serviço, deveria haver um questionário padrão que permitisse posterior comparação dos resultados dos diversos estudos sobre este tema.

Além dos estudos anteriormente descritos queremos referir um estudo de revisão sobre as vias de acesso aos cuidados psiquiátricos de idosos com depressão (25) usando o modelo de Goldberg dos 5 níveis de cuidados e

dos 4 filtros descrito no início deste texto. O estudo concluiu que em cada 1000 idosos da população geral existiam 27 idosos a sofrer de depressão em cada ano dos quais apenas 22 eram consultados pelo médico de família. Dos 22 doentes consultados a depressão foi detectada em 5,3 e somente 2,8 foram referenciados aos serviços psiquiátricos e 1,3 internados. Os autores concluíram que apenas 10% dos idosos com depressão moderada a severa são tratados por psiquiatra.

Para concluir esta revisão temos que mencionar outro estudo, que decorreu nos Estados Unidos da América, no estado da Califórnia em que se estudou as vias de acesso de doentes com demência (26). Neste estudo foram entrevistados 39 cuidadores de pessoas com demência de diversos grupos étnicos procurando comparar as vias de acesso desde a primeira procura de ajuda até ao local onde foi feito o diagnóstico. Os autores procuraram documentar as experiências adversas encontradas no caminho. A procura de ajuda foi iniciada pelos familiares ou por técnicos dos cuidados de saúde primários. Durante a evolução da doença a procura de apoio partiu principalmente dos familiares. Em relação aos diversos grupos étnicos notaram uma maior demora no atendimento até chegar ao diagnóstico nas famílias da comunidade chinesa.

Temos ainda estudos sobre o percurso realizados pelos doentes internados com o diagnóstico de depressão. O estudo foi realizado na Bélgica com população flamenga (27) em 11 hospitais. Após o doente ter sido avaliado na Urgência, se justificasse internamento, ingressava em Enfermaria de Admissão de Curta estadia. Mais tarde, se houvesse indicação clínica, ingressava em Enfermaria de Tratamento de Longa Estadia. A nível da Urgência o doente poderia ter alta imediata sendo referenciado. Na enfermaria de admissão era feito um diagnóstico provisório. Na enfermaria de tratamento era feito o diagnóstico mais cuidado e o tratamento mais adequado ajustado às necessidades de cada doente. Após a alta o doente era

referenciado a estrutura ambulatorial para seguimento. O estudo mostrou a necessidade de criar percursos clínicos estabelecidos para os doentes com depressão ou outras patologias.

Temos um estudo de cariz diferente realizado em Inglaterra comparando a admissão de mulheres em casas de crise femininas e em enfermaria hospitalar de Psiquiatria (28). A amostra do estudo foi de 388 mulheres e verificou-se que as admissões nas casas de crise femininas apresentavam vias de acesso mais simples com menos contacto com a Polícia e com a Urgência. As características clínicas e sócio-demográficas eram semelhantes entre os dois grupos. As casas de crise foram uma boa alternativa ao internamento psiquiátrico para internamentos voluntários que não necessitem supervisão ou observação intensiva.

### **Estudos sobre vias de acesso e desigualdades étnicas e sociais**

Os estudos sobre vias de acesso aos cuidados psiquiátricos podem ser utilizados para observar e demonstrar desigualdades no acesso aos cuidados de saúde por determinados grupos da população. Como exemplo temos um estudo realizado em Inglaterra na área de Londres (29) que apresentou como hipótese de trabalho a afirmação que a população afro-caribenha residente em Londres tinha contacto com os serviços de saúde mental através da intervenção da Polícia e através do internamento compulsivo ao contrário da população de origem britânica. Neste estudo foi feita uma revisão bibliográfica extensa e cuidada que mostrou que esta diferença existe e não foi explicada de forma adequada pois não foram tomados em consideração factores sociais e culturais nos estudos examinados. Os autores concluíram que os estudos a realizar sobre as vias de acesso aos cuidados psiquiátricos deveriam ter em conta os factores sociais e culturais para se compreenderem as causas das disparidades observadas nas vias de acesso aos cuidados psiquiátricos.

Um estudo posterior também realizado em Londres (30) procurou estudar as diferenças nas vias de acesso aos cuidados psiquiátricos entre a população de etnia negra oriunda de África e Caraíbas com a população de etnia caucasiana. A amostra do estudo foi de 339 mulheres internadas em hospitais (77%) ou casas de crise (23%) e o instrumento utilizado foi, entre outros a Encounter Form (Gater, 1991). Concluiu que a possibilidade do internamento de uma mulher de etnia negra ser compulsivo é maior mas não conseguiu encontrar uma causa única para este facto. A causa será multifactorial, complexa, com factores sociais e culturais.

### **Estudo sobre vias de acesso em sistemas prisionais**

Para terminar temos um estudo interessante sobre as vias de acesso aos cuidados psiquiátricos nos diversos sistemas prisionais europeus (31). Este estudo foi realizado através de inquérito enviado a especialistas de diferentes países, entre os quais Portugal, que depois se encontraram em reunião internacional. O estudo concluiu que, na maioria dos países a responsabilidade pela prestação de cuidados psiquiátricos aos detidos é do Ministério da Justiça. Os cuidados são prestados nas prisões ou nos serviços de saúde conforme os casos num sistema definido como misto. A avaliação inicial do estado mental do detido é feita por médico generalista na maioria dos países. O internamento, quando necessário, é efectuado em hospital prisional ou hospital psiquiátrico na maior parte dos países. Os detidos, antes da sua libertação, não são avaliados de forma sistemática em relação à sua saúde mental na maioria dos países ou só o são no caso em que o detido apresente doença mental comprovada.

Como vimos atrás, a análise das vias de acesso aos cuidados psiquiátricos abre um campo vasto de estudo. A partir do estudo multicêntrico de Gater realizado em 1991 desenvolveu-se um conjunto vasto de estudos similares

realizados em várias partes do mundo incluindo a África, a Ásia e a Oceânia. Nestes estudos das vias de acesso aos cuidados psiquiátricos escolhe-se uma área demográfica na qual se procura incluir todos os locais de atendimento dessa área, sejam públicos ou privados. Existem estudos de vias de acesso para doentes psicóticos, usando diferentes questionários e procurando determinar o tempo em que a psicose permaneceu sem tratamento. Noutros estudos foram avaliados as vias de acesso no caso dos doentes deprimidos, de doentes do sexo feminino ou de doentes pertencentes a diferentes grupos étnicos.

No presente projecto procura-se estudar, utilizando a escala Encounter Form de Gater, as vias de acesso a uma estrutura comunitária de cuidados de saúde mental que atende a maioria das freguesias do concelho de Sintra. Neste estudo é ainda avaliada a classe social dos utentes utilizando a Escala de Graffar (32).

## **1.2. Descrição da Equipa de Sintra:**

A equipa de Sintra dispõe de uma unidade ambulatoria, o CiNTRA (Centro Integrado de Tratamento e Reabilitação em Ambulatório) localizada na vila de Sintra. Esta estrutura dispõe de equipa multidisciplinar composta por médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, psicopedagogos, assistente social, administrativas e auxiliar de acção médica. Noutra instalação recentemente inaugurada, situada na mesma vila de Sintra, existe uma Unidade de Reabilitação que dispõe, em termos de recursos humanos, de terapeuta ocupacional a tempo completo e do apoio, a tempo parcial, dos técnicos que prestam serviço no CiNTRA. A equipa dispõe ainda de uma Unidade de Internamento situada no Pavilhão 24-A, r/c do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Esta Unidade de Internamento dispõe de 36 camas e interna doentes provenientes da área de intervenção do CiNTRA e do Distrito de Beja. Tem como recursos humanos três médicos

psiquiatras e 18 enfermeiros. A duração média de internamento no ano de 2010 foi de 14 dias.

Estas estruturas prestam assistência psiquiátrica a uma população que é actualmente estimada em cerca de 400.000 habitantes, residentes em todo o concelho de Sintra com excepção das freguesias de Queluz, Belas, Massamá e Casal de Cambra que estão a cargo de outro Serviço de Psiquiatria. Nesta área demográfica existem Unidades de Cuidados de Saúde Primários que correspondem aos antigos Centro de Saúde do Cacém, Centro de Saúde de Rio de Mouro, Centro de Saúde de Sintra, Centro de Saúde de Algueirão - Mem Martins e Centro de Saúde de Pêro Pinheiro. Nos últimos anos os médicos de família têm desenvolvido novas formas organizacionais de prestação de assistência que são as Unidades de Saúde Familiar. Na área assistencial do CiNTRA existem diversas USF como a USF Albasaúde, a USF Alphamouro e a USF Monte da Lua. Os médicos psiquiatras do CiNTRA articulam com algumas destas unidades de saúde por meio de reuniões mensais. Todas as estruturas de Cuidados de Saúde Primários existentes na área de intervenção do CiNTRA reportam as situações clínicas que consideram necessitar de intervenção na área da psiquiatria ao CiNTRA. Este processo de referenciação era efectuado através de credencial (P1) que foi informatizado recentemente através da introdução do programa informático ACESS. Os pedidos de consulta provenientes das diversas estruturas dos Cuidados de Saúde Primários são submetidos a triagem por médico psiquiatra e distribuídas pelos médicos psiquiatras colocados no CiNTRA segundo a sua carga horária dedicada ao serviço de consulta externa. A primeira avaliação de utentes dirigidos ao CiNTRA faz-se através de consultas de Psiquiatria que são realizadas por 5 Assistentes Hospitalares de Psiquiatria a tempo completo. A admissão de utentes na Unidade de Internamento faz-se principalmente através da Urgência. No internamento estão colocados 3 Assistentes Hospitalares de

Psiquiatria a tempo completo. Existem ainda Internos em formação que exercem actividade nos dois espaços. Os outros técnicos recebem os utentes que lhes são enviados pelos médicos psiquiatras segundo indicação clínica. A equipa tem sofrido uma redução progressiva de profissionais, especialmente de médicos e devido à não substituição dos médicos que se reformam. Esta situação traduz-se num aumento do trabalho clínico assistencial para os médicos que permanecem na equipa, com aumento da pressão para consultas e dificuldade crescente em responder às solicitações em tempo útil.

## **2– Objectivos:**

Os objectivos deste estudo são os seguintes:

**Objectivo 1:** Conhecer a trajectória do doente desde que teve necessidade de ser consultado até chegar ao CiNTRA.

**Objectivo 2:** Quais foram os sintomas que determinaram a decisão de procurar ajuda?

**Objectivo 3:** Que outros contactos o doente realizou com serviços públicos ou privados antes de consultar o CiNTRA?

**Objectivo 4:** A influência da classe social do utente na trajectória até chegar ao CiNTRA.

### **2.1 – Hipóteses:**

A **hipótese principal** do estudo é que, segundo o modelo de Goldberg e Huxley, num país europeu desenvolvido a maioria dos utentes acedem à consulta de psiquiatria através dos cuidados de saúde primários. As hipóteses secundárias do estudo são de que a maior gravidade do sintoma e que o nível social mais baixo determinam atendimento mais precoce.



### **3 – População e Métodos:**

#### **3.1. – Amostra**

A amostra é constituída pelos utentes que foram atendidos no CINTRA como primeiras consultas. As primeiras consultas são constituídas por utentes nunca atendidos no CINTRA ou que tenham deixado de contactar o CINTRA há mais de um ano. Devem ainda ser residentes na área de intervenção do CINTRA.

A amostra para este estudo foi recolhida nos meses de Maio, Junho e Julho de 2011 através de entrevista aos utentes consecutivos de primeira vez que acorriam à consulta de Psiquiatria no CINTRA. Após explicação sumária dos objectivos do estudo eram convidados a ler e assinar o consentimento informado. O inquérito foi passado pelo médico assistente do utente ou pelo investigador após consentimento prévio do médico assistente do utente. O investigador passou o inquérito a todos os utentes de que era médico assistente. Preenchiam critérios de inclusão 98 utentes que foram convidados a integrar a amostra. Destes 5 abandonaram o estudo antes da entrevista. A amostra final tem um total de 93 utentes.

#### **3.2. – Instrumentos de Medida**

O questionário a ser aplicado, denominado “Encounter Form”, baseia-se nos estudos de Goldberg e de Huxley. Este questionário foi traduzido para português e aplicado em estudo multicêntrico realizado em 1991 (5). O questionário utilizado no presente estudo foi obtido através de contacto com Dr. Braúlio de Almeida e Sousa que disponibilizou a versão portuguesa aplicada na altura. Também foram disponibilizadas as

instruções de aplicação do questionário utilizadas na altura e traduzidas. O questionário demora cerca de 5 a 10 minutos a ser preenchido.

O Encounter Form é constituído por três partes: Informação Básica, Decisão da Primeira Procura de Ajuda e os diversos Pontos no Trajecto no total de cinco. O número de cinco é suficiente para a grande maioria dos casos mas pode ser continuado, se necessário, com formulário de continuação. As vias de acesso são relacionadas com o episódio actual, que determinou a consulta de Psiquiatria onde é efectuada a entrevista. Assim são excluídos eventuais episódios anteriores da doença, na maior parte dos casos recorrente.

O diagnóstico foi realizado por médico psiquiatra segundo os critérios da ICD-10 (33). Os grandes grupos de perturbações a ser consideradas foram as seguintes: Demências e Psicoses Orgânicas (F00-09); Perturbações associadas a consumo de substâncias psicoactivas (F10-19); Esquizofrenia e Perturbações Delirantes (F20-29); Perturbações afectivas (F30-39); Perturbações Neuróticas, relacionadas com o stress e somatoformes (F40-49).

Para avaliar o nível social dos utentes utilizou-se a Classificação Social Internacional estabelecida pelo Professor Graffar de Bruxelas (32). Trata-se de uma escala internacional, simples, baseada em cinco referências diferentes havendo assim uma correcção das dificuldades encontradas em classificar a Classe Social dos examinados de I a V (em que I representa a classe mais alta e V a classe mais baixa). Apesar de ser uma escala antiga (1956) a sua utilização frequente ao longo dos anos torna-a num padrão difícil de contornar.

### **3.3. – Análise dos Dados**

Os dados obtidos foram registados em base de dados Access e após análise estatística obtiveram-se tabelas com resultados no programa Excel. Ambos

os programas fazem parte do MS Office®. Para avaliar se as diferenças encontradas nos tempos de espera eram estatisticamente significativas utilizou-se o teste estatístico t de Student.

### **3.4. – Considerações Éticas**

Os utentes foram informados acerca da finalidade do estudo tendo sido solicitada a sua colaboração voluntária em responder ao questionário. Pediu-se ainda para assinarem modelo de consentimento informado. De realçar que neste estudo não é feita nenhuma intervenção sobre o utente além de recolha de informação. A confidencialidade é garantida pois os dados são tratados em conjunto e não a nível individual. O utente tem o direito, se assim o desejar, de pedir a destruição do questionário que lhe diz respeito. Em caso de recusa foram preenchidos apenas os dados disponíveis como os dados demográficos e clínicos. Nestas situações procurou-se ainda saber a razão da recusa e registá-la. As recusas serão consideradas na análise dos dados.

## **4 – Apresentação dos Resultados**

### **4.1. Caracterização da Amostra**

A amostra final deste estudo é constituída por 93 inquéritos. Dos 98 utentes convidados que aceitaram participar no estudo 93 assinaram o consentimento informado antes de responderem ao inquérito, o que teve lugar no final da sua consulta quando foi passado pelo seu médico assistente ou no próprio dia após a consulta com o médico assistente e no gabinete do investigador. Houve 5 utentes que se ausentaram do serviço enquanto aguardavam a entrevista.

**Tabela 2 – Distribuição segundo a idade e género.**

<b>Idade (anos)</b>	<b>Masculino, n (%)</b>	<b>Feminino, n (%)</b>	<b>Total, n (%)</b>
Menor que 20	1 (1,1)	0 (0)	1 (1,1)
20-29	3 (3,2)	10 (10,8)	13 (14)
30-39	5 (5,4)	9 (9,7)	14 (15,1)
40-49	7 (7,5)	18 (19,3)	25 (26,9)
50-59	2 (2,2)	15 (16,1)	17 (18,3)
60-69	5 (5,4)	7 (7,5)	12 (12,9)
Mais de 70	6 (6,5)	5 (5,4)	11 (11,8)
<b>Total, n (%)</b>	<b>29 (31,2)</b>	<b>64 (68,8)</b>	<b>93 (100)</b>

Conforme observamos na Tabela 2 a população da amostra é constituída por 64 elementos do género feminino (68,8%) e 29 elementos do género masculino (31,2%). O ratio F: M é de 2,21. Em termos de idade a moda para ambos os géneros é o grupo dos 40 aos 49 anos com 7 elementos do género masculino e 18 elementos do género feminino.

**Tabela 3 – Distribuição segundo o estado civil.**

<b>Estado Civil</b>	<b>Companheiro (sim/não)</b>	<b>Feminino, n (%)</b>	<b>Masculino, n (%)</b>	<b>Total, n (%)</b>
Solteiro(a)	Sim	6 (6,5)	3 (3,2)	9 (9,7)
Solteiro(a)	Não	7 (7,5)	7 (7,5)	14 (15,1)
Casado(a)	Sim	32 (34,4)	14 (15,1)	46 (49,5)
Casado(a)	Não	3 (3,2)	0 (0)	3 (3,2)
Divorciado(a)	Sim	1 (1,1)	0 (0)	1 (1,1)
Divorciado(a)	Não	3 (3,2)	2 (2,2)	5 (5,4)
Viúvo(a)	Sim	3 (3,2)	2 (2,2)	5 (5,4)
Viúvo(a)	Não	9 (9,7)	1 (1,1)	10 (10,7)
<b>Total, n (%)</b>		<b>64 (68,8)</b>	<b>29 (31,2)</b>	<b>93 (100)</b>

Em termos de estado civil temos a seguinte distribuição na amostra conforme Tabela 3. De notar que, para além do estado civil verificou-se se os elementos da amostra tinham ou não companheiro pelo que existem duas linhas para cada estado civil, com companheiro (Sim) e sem companheiro (Não). Predominam os utentes casados e com companheiro nos dois géneros.

**Tabela 4 – Distribuição segundo a situação profissional.**

<b>Situação Profissional</b>	<b>Feminino, n (%)</b>	<b>Masculino, n (%)</b>	<b>Total, n (%)</b>
Activo	24 (25,8)	8 (8,6)	32 (34,4)
Baixa	15 (16,1)	3 (3,2)	18 (19,4)
Desempregado	7 (7,5)	6 (6,5)	13 (14)
Outro	2 (2,2)	0 (0)	2 (2,2)
Reforma idade	3 (3,2)	7 (7,5)	10 (10,8)
Reforma invalidez	9 (9,7)	5 (5,4)	14 (15,1)
Sem trabalho	4 (4,3)	0 (0)	4 (4,3)
<b>Total, n (%)</b>	<b>64 (68,8)</b>	<b>29 (31,2)</b>	<b>93 (100)</b>

Os elementos da amostra exercem as mais variadas profissões não se observando um predomínio de uma determinada profissão. Em relação à sua situação profissional esta distribui-se conforme indicado na Tabela 4.

Podemos observar que mais de 50% das pessoas atendidas exerciam uma actividade profissional. Destas cerca de dois terços estavam no activo e cerca de um terço apresentavam uma situação de incapacidade temporária na altura da primeira consulta psiquiátrica.

**Tabela 5 – Distribuição segundo grupos de diagnóstico.**

<b>ICD-10</b>	<b>Feminino, n (%)</b>	<b>Masculino, n (%)</b>	<b>Total, n (%)</b>
F00-09 (Demências)	2 (2,2)	1 (1,1)	3 (3,2)
F10-19 (Álcool e Drogas)	0 (0)	1 (1,1)	1 (1,1)
F20-29 (Psicoses)	2 (2,2)	4 (4,3)	6 (6,5)
F30-39 (Perturbações Afectivas)	50 (53,8)	16 (17,2)	66 (71)
F40-49 (Perturbações de Ansiedade e Somatoformes)	9 (9,7)	6 (6,5)	15 (16,1)
Sem Diagnóstico Psiquiátrico	1 (1,1)	1 (1,1)	2 (2,2)
<b>Total, n (%)</b>	<b>64 (68,8)</b>	<b>29 (31,2)</b>	<b>93 (100)</b>

Em termos de grandes grupos de diagnóstico temos os resultados indicados na Tabela 5. A grande maioria dos utentes apresentava perturbações do humor e perturbações de ansiedade de gravidade variável e na maioria sem sintomatologia psicótica. A avaliação da presença de episódio anterior da doença evidenciou que dos 93 utentes 64 não apresentavam episódio anterior detectado e 29 apresentavam episódio anterior detectado. Este episódio anterior ocorreu em média há 45, 9 meses (aproximadamente 4 anos).

**Tabela 6 – Distribuição segundo a classe social de Graffar.**

<b>Classe Social (Graffar)</b>	<b>Número de Utentes, n (%)</b>
<b>Classe I (5-9)</b>	1 (1,1)
<b>Classe II (10-13)</b>	11 (11,8)
<b>Classe III (14-17)</b>	47 (50,5)
<b>Classe IV (18-21)</b>	30 (32,3)
<b>Classe V (22-25)</b>	3 (3,2)
<b>Total</b>	<b>93 (100)</b>

A distribuição da amostra por classes sociais segundo a Classificação de Graffar, conforme Tabela 6, mostra um predomínio das classes sociais III e IV que representam respectivamente 50,5% e 32,3% do total da amostra.

## 4.2 – Vias de Acesso

Como a consulta de psiquiatria não é de acesso directo os utentes, antes de chegarem à consulta de psiquiatria do CINTRA, tiveram necessidade de consultar outras estruturas assistenciais onde apresentaram o seu problema e onde tiveram uma resposta que se pode traduzir num acompanhamento mais ou menos longo, numa referenciação ou em ambas as situações. Estas estruturas assistenciais são consideradas como passos dados no acesso à consulta de Psiquiatria que é tida como o destino final das diferentes vias de acesso consideradas.

**Tabela 7 – Distribuição segundo os passos percorridos.**

Total de passos	Número de Utentes, n (%)
1	44 (47,3)
2	40 (43)
3	9 (9,7)
<b>Total, n (%)</b>	<b>93 (100)</b>

Em relação às vias de acesso aos cuidados psiquiátricos no CINTRA podemos observar que a grande maioria dos utentes tiveram um percurso com um ou dois passos antes de chegar à consulta de Psiquiatria conforme Tabela 7.

**Tabela 8 – Distribuição segundo as estruturas a que recorreram.**

<b>Primeiro Atendimento</b>	<b>Número de Utentes, n (%)</b>
MGF	51 (54,8)
UG	15 (16,1)
MEH	12 (12,9)
UP	8 (8,6)
P	4 (4,3)
AS	2 (2,2)
E	1 (1,1)
Total, n (%)	93 (100)

As estruturas comunitárias a que o maior número de utentes desta amostra recorreu antes de chegar à consulta de Psiquiatria foi a Medicina Geral e Familiar (MGF) (54,8%), seguindo-se a Urgência Geral (UG), (16,1%), a Medicina Especializada Hospitalar (MEH) (12,9%) e a Urgência Psiquiátrica (UP) (8,6%) conforme Tabela 8. Menos relevantes surgem Psicólogo (P), Assistente Social (AS) e Enfermeiro (E). Na amostra não houve contactos com curandeiros, astrólogos, líderes religiosos ou outros elementos não pertencentes à área da Saúde.

**Tabela 9 – Distribuição segundo o último atendimento.**

<b>Último Atendimento</b>	<b>Número de Utentes, n (%)</b>
MGF	66 (71)
UP	15 (16,1)
MEH	10 (10,7)
UG	1 (1,1)
AS	1 (1,1)
Total, n (%)	93 (100)



Nas vias de acesso à consulta de Psiquiatria o último contacto foi efectuado pelo MGF na maioria dos casos (71%) conforme Tabela 9.

**Tabela 10 – Distribuição segundo o local de atendimento.**

	<b>Total, n (%)</b>	<b>Primeiro, n (%)</b>	<b>Segundo, n (%)</b>	<b>Terceiro, n (%)</b>
MGF	72 (77,4)	45 (48,4)	18 (19,3)	9 (9,7)
UP	25 (26,9)	7 (7,5)	14 (15,1)	4 (4,3)
UG	17 (18,3)	16 (17,2)	1 (1,1)	1 (1,1)
MEH	25 (26,9)	8 (8,6)	12 (12,9)	5 (5,4)

Se observarmos o número de utentes que passam por cada atendimento verificamos que só vinte e um utentes não passaram pelo MGF, de acordo com a Tabela 10.

**Tabela 11 – Distribuição pelos trajectos realizados.**

Nº de Passos	Trajecto	Número de Utentes, n (%)
1	MGF->Psiqu	37 (39,8)
2	UG->MGF->Psiqu	9 (9,7)
2	MEH->MGF->Psiqu	8 (8,6)
2	MGF->UP->Psiqu	7 (7,5)
2	P->MGF->Psiqu	4 (4,3)
2	UP->MGF->Psiqu	4 (4,3)
1	MEH->Psiqu	3 (3,2)
1	UP->Psiqu	3 (3,2)
3	MGF->MEH->UP->Psiqu	2 (2,2)
2	UG->MEH->Psiqu	2 (2,2)
3	MGF->MEH->Psiqu	2 (2,2)
2	AS->MGF->Psiqu	2 (2,2)
2	UP->MGF->Psiqu	1 (1,1)
2	MEH->MGF->Psiqu	1 (1,1)
2	UG->UP->Psiqu	1 (1,1)
3	UG->UP->MGF->Psiqu	1 (1,1)
3	E->P->MGF->Psiqu	1 (1,1)
3	MGF->MGF->UP->Psiqu	1 (1,1)
3	MGF->UP->MEH->Psiqu	1 (1,1)
3	MGF->UP->UG->Psiqu	1 (1,1)
3	UG->MEH->MGF->Psiqu	1 (1,1)
3	UG->MGF->MEH->Psiqu	1 (1,1)

Podemos ver na Tabela 11 que o trajecto mais usado foi o trajecto directo do MGF para a consulta de Psiquiatria, trajecto utilizado por 37 utentes (39,8%). Temos em seguida o trajecto que parte da UG ou do MEH, que continua pelo MGF e termina na consulta de Psiquiatria, trajecto utilizado por 17 utentes (18,3%).

**Tabela 12 – Distribuição pelos sintomas que ocasionaram a procura de serviços.**

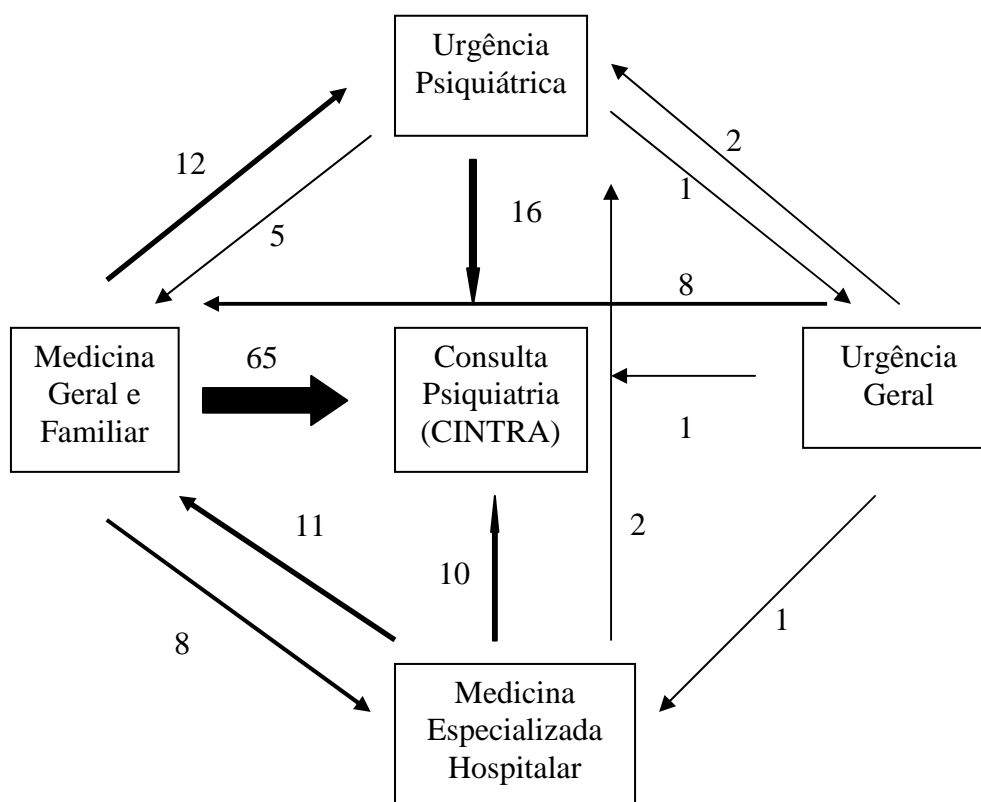
<b>Sintomas agrupados por utente</b>		
<b>Número de Utentes, n (%)</b>	<b>Primeiro Sintoma</b>	<b>Segundo Sintoma</b>
43 (46,2)	Ansiedade	
27 (29)	Tristeza/Humor depressivo	
15 (16,1)	Tristeza	Ansiedade
9 (9,7)	Tristeza	Angústia
4 (4,3)	Tristeza	Irritabilidade
4 (4,3)	Irritabilidade	
3 (3,2)	Angústia	Irritabilidade
2 (2,2)	Astenia	
2 (2,2)	Tristeza	Perda de Peso
2 (2,2)	Ansiedade	Angústia
2 (2,2)	Depressão Pós Parto	
2 (2,2)	Crise Pânico	
2 (2,2)	Consumo cannabis	
2 (2,2)	Confusão Mental	Ansiedade
2 (2,2)	Conflito com a filha	
2 (2,2)	Choro Fácil	
2 (2,2)	Apatia	
2 (2,2)	Ansiedade	Desmaios

Na Tabela 12 podemos observar a distribuição das principais queixas dos utentes da amostra. Além do sintoma principal nalguns casos foi registado um segundo sintoma, que não foi registado sistematicamente. Os sintomas predominantes na procura de ajuda a uma consulta de Psiquiatria são tristeza, ansiedade e angústia.

**Tabela 13 – Distribuição por tipo de sintoma.**

<b>Tipo de Sintoma</b>	<b>Masculino, n (%)</b>	<b>Feminino, n (%)</b>	<b>Total, n (%)</b>
D (Depressivo)	8 (8,6)	30 (32,3)	38 (40,9)
A (Ansioso)	10 (10,7)	13 (14)	23 (24,7)
S (Somático)	4 (4,3)	16 (17,2)	20 (21,5)
CP (Comportamental)	4 (4,3)	2 (2,2)	6 (6,5)
C (Cognitivo)	1 (1,1)	2 (2,2)	3 (3,2)
O (Outro)	2 (2,2)	1 (1,1)	3 (3,2)
<b>Total, n (%)</b>	<b>29 (31,2)</b>	<b>64 (68,8)</b>	<b>93 (100)</b>

Para melhor sistematização dividimos as queixas apresentadas em depressivas (D), ansiosas (A), somáticas (S), Comportamentais (Cp), Cognitivas (C) e Outras (O). A Tabela 13 mostra a sua distribuição na amostra com predominância dos sintomas depressivos (40,9 %), seguidos dos sintomas ansiosos (24,7%) e dos sintomas somáticos (21,5%). Estes três tipos de sintomas encontram-se na grande maioria (87,1%) dos utentes assistidos nas consultas de Psiquiatria.

**Tabela 14 – Distribuição gráfica das vias de acesso.**

Na representação esquemática das vias de acesso conforme Tabela 14 visualizamos melhor os principais trajectos dos utentes da amostra estudada.

Nesta representação esquemática podemos observar que a Consulta de Psiquiatria (ao centro) recebe a maioria dos seus utentes a partir da consulta de Medicina Geral e Familiar (65 utentes). A segunda maior proveniência de utentes foi a Urgência Psiquiátrica (16 utentes) e a Medicina Especializada Hospitalar (10 utentes).

Podemos ainda considerar o fluxo de utentes entre a Medicina Geral e Familiar e a Medicina Especializada Hospitalar, o fluxo de utentes entre a Medicina Geral e Familiar e a Urgência Psiquiátrica e o fluxo de utentes pela Urgência Geral para a Medicina Geral e Familiar. Os restantes fluxos de utentes podem-se considerar inexistentes ou vestigiais.

### 4.3 – Tempos de Acesso

Em seguida fomos calcular o tempo decorrido entre o início da procura de cuidados e a consulta de Psiquiatria.

**Tabela 15 – Tempo de Percurso (meses) segundo o trajeto.**

<b>Todos os trajectos</b>	<b>Tempo de Percurso (média)</b>	<b>Tempo de Percurso (desvio-padrão)</b>	<b>Número de Utentes, n (%)</b>
MGF->Psiqui	8,3	20,5	37 (39,8)
UG->MGF->Psiqui	3,1	1,3	9 (9,7)
MEH->MGF->Psiqui	7,3	4,0	8 (8,6)
MGF->UP->Psiqui	3,2	1,7	7 (7,5)
UP->MGF->Psiqui	3,4	2,9	4 (4,3)
P->MGF->Psiqui	9,9	9,8	4 (4,3)
UP->Psiqui	3,7	1,9	3 (3,2)
MEH->Psiqui	3,7	0,5	3 (3,2)
UG->MEH->Psiqui	4,5	1,7	2 (2,2)
MGF->MEH->UP->Psiqui	5,0	1,1	2 (2,2)
MGF->MEH->Psiqui	64,3	86,9	2 (2,2)
AS->MGF->Psiqui	4,2		2 (2,2)
E->P->MGF->Psiqui	2,9		1 (1,1)
MEH->MEH->Psiqui	4,9		1 (1,1)
MGF->MGF->UP->Psiqui	2,7		1 (1,1)
MGF->UP->UG->Psiqui	4,8		1 (1,1)
UP->MGF->Psiqui	7,8		1 (1,1)
UG->MEH->MGF->Psiqui	3,1		1 (1,1)
UG->MGF->MEH->Psiqui	4,3		1 (1,1)
UG->UP->MGF->Psiqui	3,5		1 (1,1)
UG->UP->Psiqui	1,0		1 (1,1)

Na Tabela 15 podemos observar o tempo de percurso médio em meses entre o início da sintomatologia do actual episódio e a consulta de Psiquiatria conforme o trajecto utilizado pelo utente. Podemos observar que os tempos de percurso mais curtos envolvem passagem por Serviço de Urgência. Observamos um tempo de percurso anormalmente longo no trajecto médico de família, médico especialista hospitalar, consulta de psiquiatria.

**Tabela 16 – Tempo de percurso (meses) por género.**

<b>Género</b>	<b>Tempo de Percurso (média)</b>	<b>Tempo de Percurso (desvio padrão)</b>	<b>Número de Utentes, n (%)</b>
Masculino	8,80	22,69	29 (31,2)
Feminino	6,64	15,83	64 (68,8)

O tempo de percurso em meses do episódio entre a primeira procura de serviços e a chegada à consulta de psiquiatria é mais longo no género masculino (Tabela 16) mas esta diferença não é estatisticamente significativa ( $p=0,6$ ).

**Tabela 17 – Tempo de Percurso (meses) por classe social (segundo Graffar).**

<b>Classe Social</b>	<b>Tempo de Percurso (média)</b>	<b>Tempo de Percurso (desvio padrão)</b>	<b>Número de Utentes, n (%)</b>
Classe I	1		1 (1,1)
Classe II	4,02	2,11	11 (11,8)
Classe III	10,09	24,92	47 (50,6)
Classe IV	4,94	3,26	30 (32,3)
Classe V	2,98	0,49	3 (3,2)

Na tabela 17 podemos observar que os tempos médios em meses do episódio em relação às classes sociais definidas segundo a Escala Social de Graffar, foram mais longos para a Classe III. No entanto não foram encontradas diferenças significativas entre as várias classes.

**Tabela 18 – Tempo de Percurso (meses) por tipo de sintoma.**

<b>Tipos de Sintomas</b>	<b>Tempo de Percurso (média)</b>	<b>Tempo de Percurso (desvio padrão)</b>	<b>Número de Utentes, n (%)</b>
A (ansiosos)	16,0	35,1	23 (24,7)
C (cognitivos)	5,8	4,1	3 (3,2)
CP (comportamentais)	4,6	4,4	6 (6,5)
D (depressivos)	3,9	2,1	38 (40,9)
O (outros)	2,4	0,6	3 (3,2)
S (somáticos)	5,7	5,3	20 (21,6)

Na tabela 18 podemos ver que o tempo de percurso em meses segundo o tipo de sintomatologia apresentada foi mais alto no caso dos sintomas ansiosos em comparação com os outros sintomas. No entanto estas diferenças não alcançaram significância estatística.

## **5 – Discussão dos Resultados**

Nas vias de acesso à consulta de Psiquiatria de Sintra encontramos quatro entidades principais às quais recorrem os utentes. Estas entidades são a Medicina Geral e Familiar (MGF), a Urgência Psiquiátrica (UP), a Medicina Especializada Hospitalar (MEH) e a Urgência Geral (UG). Destas entidades a principal é a Medicina Geral e Familiar por onde



passam a grande maioria dos utentes da nossa consulta. Um dos factores a considerar na apreciação destes resultados será o facto de que a consulta de Psiquiatria do CINTRA não é de acesso directo e os doentes são enviados principalmente através do médico de família.

Este padrão de acesso à consulta de Psiquiatria é similar ao encontrado em outros estudos semelhantes realizados em países europeus ocidentais. No estudo publicado por Gater (1990) (5) observou-se que 63% a 80% dos utentes eram encaminhados para os serviços psiquiátricos através da Medicina Geral e Familiar.

Os estudos realizados sobre as vias de acesso aos cuidados psiquiátricos só são passíveis de comparação com o presente estudo se tiverem utilizado a mesma metodologia, ou seja, o questionário Encounter Form de Gater. E entre estes estudos o mais importante é o estudo multicêntrico realizado em 1991 com o patrocínio da Organização Mundial de Saúde, uma vez que apresenta resultados portugueses e espanhóis comparáveis aos resultados obtidos neste estudo.

Em termos de tamanho da amostra e em comparação com o estudo multicêntrico já referido esta é mais modesta. Foram obtidos 93 utentes em 3 meses em comparação com 253 utentes em 1 mês (em Setúbal) e 243 utentes em 1 mês (Granada). Existe ainda uma diferença em termos de abrangência sendo que, o estudo referido, englobava o acesso a todos os cuidados psiquiátricos (consultas, urgências, medicina privada) de uma dada região enquanto o estudo presente engloba o acesso a partir da comunidade a uma consulta de Psiquiatria. Ficaram fora do âmbito do presente estudo os doentes internados que acederam ao internamento através da urgência. Este factor contribui para a escassez na amostra de utentes com o diagnóstico de psicose esquizofrénica. No entanto ao compararmos as amostras em relação ao número de doentes com psicose encontramos na de Setúbal 20 para 253 utentes (7,9%) e na de Granada 31

para 243 utentes (12,76%). Na nossa amostra temos 6 doentes com psicose para 93 utentes (6,45%).

Em termos de número de Psiquiatras por milhão de habitantes na altura havia em Setúbal 40 e em Granada 62. A consulta em estudo conta com 5 psiquiatras para mais de 400 000 habitantes, o que corresponde a 12 psiquiatras/milhão de habitantes. Este factor é determinante para o tempo médio do atendimento psiquiátrico que é maior no presente estudo.

Na caracterização da amostra em termos de género observou-se em Setúbal e Granada um ratio F:M de 1,4, enquanto na presente amostra o ratio F:M é de 2,2.

A idade média da amostra em Setúbal foi de 41 anos de idade, em Granada foi de 39 e na nossa amostra de 48 anos de idade, o que é ligeiramente superior.

Em relação ao estado civil 32% dos utentes de Setúbal e 42% dos utentes de Granada eram solteiros. Na nossa amostra temos 25% de solteiros.

O tempo médio entre o início do problema e a assistência do primeiro cuidador foi em Setúbal de 18 semanas e em Granada de 5 semanas. Na nossa amostra foi de 40 semanas. O tempo médio entre o primeiro cuidador e a assistência nos Serviços de Saúde Mental foi de 6 semanas em Setúbal e de 1 semana em Granada. Na nossa amostra foi de 9 semanas.

O tempo médio de percurso a partir da Medicina Geral e Familiar foi em Setúbal de 4 semanas e em Granada de 2 semanas. Na nossa amostra foi de 8 semanas.

O tempo médio de percurso a partir de Médico Especialista Hospitalar foi em Setúbal de 2 semanas e de 0 semanas em Granada. Na nossa amostra foi de 11 semanas.

O tempo médio de percurso para pessoas com psicose foi de 1 semana em Setúbal e de 0 semanas em Granada. O tempo médio para pessoas sem psicose foi de 4 semanas em Setúbal e de 1 semana em Granada. Na nossa

amostra o tempo médio para pessoas com psicose foi de 5 semanas e para pessoas sem psicose foi de 9 semanas.

O tempo médio em relação ao tipo de sintomatologia apresentado foi em Granada de 1 semanas para problemas somáticos, de 2 semanas para problemas depressivos e de 1 semana para problemas ansiosos. O tempo médio em relação ao tipo de sintomatologia apresentado foi em Setúbal de 4 semanas para problemas somáticos, de 4 semanas para problemas depressivos e de 4 semana para problemas ansiosos. Na nossa amostra o tempo médio em relação ao tipo de sintomatologia apresentada foi de 9 semanas para problemas somáticos, de 9 semanas para problemas depressivos e de 11 semanas para problemas ansiosos.

Um outro estudo realizado em Espanha, na região da Cantábria em 1993 (9) mostra que as vias de acesso aos cuidados psiquiátricos passam essencialmente pelo médico de família confirmando os resultados do presente estudo e do realizado em Granada e em Setúbal.

Em relação ao estudo de Gater e Goldberg (6) realizado em 1991 em Manchester observamos que uma das variáveis em estudo foi a Classe Social. Esta variável não foi avaliada no estudo português e no espanhol. Em termos de conclusões observamos que os resultados se assemelham aos obtidos no presente estudo sendo que os utentes de classe social III, que constituem 50% da amostra, têm um maior tempo de espera para o atendimento em Psiquiatria.

Dois outros estudos realizados, um na Turquia (8) e outro estudo multicêntrico realizado em diversos países da Europa do Leste (10), apresentam diferenças importantes em relação ao presente estudo. Em termos de amostra o estudo turco trabalhou uma amostra de 427 adultos e o estudo multicêntrico da Europa do Leste limitou a amostra a 50 utentes por centro participante. Em termos de resultados observamos que o acesso directo à consulta de Psiquiatria é importante, atingindo 50% na Turquia e

valores de cerca de 40% na Europa do Leste. No presente estudo não observamos casos de acesso directo à consulta de Psiquiatria.

Um estudo realizado na Polónia com 228 utentes (11) tem resultados apenas em parte concordantes com o presente estudo uma vez que apresenta um equilíbrio das diferentes vias de acesso e em que a referência pelo médico de família (34%), pelo médico especialista hospitalar (31%) e por via directa (23%) têm valores similares.

Nos estudos sobre as vias de acesso aos cuidados psiquiátricos realizados fora da Europa e em especial na Ásia e em África os resultados mostram diferenças importantes em relação aos nossos. Estão neste grupo os seguintes estudos:

Um estudo realizado na Indonésia, na ilha de Bali (12), em que 67% dos utentes são referenciados através de curandeiros. O estudo realizado no Bangladesh (15) mostra que 16% dos utentes acedem de forma directa à consulta de Psiquiatria. Dos restantes 44% acedem através de clínico privado, 22% através de curandeiro e 12% através de médico rural.

Podemos referir ainda estudo realizado no Japão (13), onde não existem médicos de família. O estudo tem uma amostra final de 84 utentes. Destes 39,4% recorrem directamente ao serviço de saúde mental, 31,8% passam pelo Hospital Geral e 15,5% passam por clínicos privados.

Em termos de estudos realizados em África com metodologia similar temos um estudo realizado em 2003 na Etiópia (17). Neste estudo observamos que a via directa de acesso aos cuidados psiquiátricos é de 41% e que 40% dos utentes são referenciados através de curandeiros.

Os percursos descritos nestes três estudos decorrem da diferente organização dos cuidados prestados nesses países e são dificilmente comparáveis com o presente estudo.

## 6 - Conclusões:

Em termos gerais podemos concluir que a hipótese principal de que, segundo o modelo teórico de Goldberg e Huxley, a maioria dos utentes acedem à consulta de psiquiatria através dos cuidados de saúde primários se confirma no presente estudo. A via de acesso através da Medicina Geral e Familiar é um dado adquirido e constante na forma de prestar cuidados de saúde no mundo desenvolvido. Podemos assim considerar que os médicos de família são os parceiros naturais dos médicos psiquiatras que, na consulta de Psiquiatria, devem procurar trabalhar em estreita articulação com estes.

Esta colaboração pode ser desenvolvida de diversas maneiras e constitui uma melhoria importante na quantidade e qualidade dos cuidados psiquiátricos prestados à população.

Nos estudos das vias de acesso aos cuidados psiquiátricos realizados fora da Europa, especialmente em África e na América Latina aparecem alguns agentes que não são médicos nem profissionais de saúde que assumem um papel relevante nas vias de acesso aos cuidados psiquiátricos. Neste grupo podem-se incluir elementos de forças policiais e de segurança e curandeiros tradicionais. Neste estudo não foi possível detectar o eventual envolvimento destes elementos. Este facto é, segundo convicção do investigador, devido a eventuais falhas do questionário, que não faz perguntas directas sobre este assunto e devido ao facto de os entrevistados, ao procurarem apoio num serviço de saúde, esconderem estes contactos por os considerarem desadequados e culturalmente mal aceites.

Podemos concluir ainda que, pelos dados deste estudo, as variáveis género, idade ou o nível social não determinam atendimento mais precoce. Em relação à possibilidade de sintomas psicóticos terem influência na

brevidade do atendimento não é possível tirar conclusões já que os utentes com psicose constituem menos de 5% da amostra.

Em termos de sintomatologia apresentada a mais representativa foi a sintomatologia depressiva em que o sintoma “tristeza” surge de forma isolada ou acompanhado de outra sintomatologia relacionada. Em segundo lugar temos a sintomatologia ansiosa e em terceiro lugar a sintomatologia somática onde se incluem as alterações do sono e do apetite

Conforme já referido os serviços mais utilizados antes de chegar ao CiNTRA são em primeiro lugar a Medicina Geral e Familiar. Em segundo lugar temos a Urgência Psiquiátrica e a Medicina Especializada Hospitalar. Por último temos a Urgência Geral.

Os tempos de percurso obtido neste estudo são superiores aos obtidos nos estudos realizados em 1991 o que poderá ter como um dos motivos principais a escassez de recursos humanos (médicos psiquiatras) na área da consulta.

Em relação à articulação com os cuidados de saúde primários esta equipa tem mantido contactos regulares que se traduzem, entre outras iniciativas, por reuniões mensais nos Centros de Saúde da sua área. Com a polarização das estruturas de cuidados de saúde primários ocorrida devido à criação das USF as reuniões passaram a ser sectoriais. As unidades de Cuidados de Saúde Primários sofreram redução do pessoal médico que foi substituído por médicos contratados com vínculo precário cujas funções se limitam a realizar consultas, não estando previstas actividades de articulação com outras estruturas de saúde. Receamos que este novo modelo de funcionamento dos Cuidados de Saúde Primários possa vir a influenciar negativamente a articulação estreita que até recentemente existia com a Equipa de Saúde Mental e cujos resultados foram evidenciados pelo presente estudo.

## 7 – Bibliografia:

1. Gilbody S, Bower P. Common mental health problems in primary care: policy goals and the evidence base. 2003.
2. World Health Organization. Atlas – Mental Health Resources in the World, Geneva. World Health Organization. 2001.
3. Goldberg D, Huxley P. Common Mental Disorders: a bio-social model. 1992.
4. Goldberg D. The Concept of a psychiatric “case” in General Practice. *Soc Psychiatry* 1982; 17: 61-65.
5. Gater R, Almeida e Sousa B, Barrientos G, Caraveo J, Chandrashekar CR, Dhadphale M, Goldberg D, Al Kathiri AH, Mubbashar M, Silhan K, Thong D, Torres-Gonzales F and Sartorius N. The Pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychological Medicine* 1991; 21: 761-774.
6. Gater R, Goldberg D. Pathways to Psychiatric Care in South Manchester. *British Journal of Psychiatry* 1991; 159: 90-96.
7. Torres Gonzalez F, Fernandez Logrono, J, Rosales Varo C. El camino hacia los servicios de salud mental (En el area de salud mental Granada-Sur). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1991; 37:103-108.
8. Kilic C, Rezkai M, Ustun TB, Gater R. Pathways to Psychiatry care in Ankara. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1994; 29: 131-136.
9. Vasquez-Barquero JL, Herrera Castanedo S, Artal JA, Cuesta Nunez J, Gaite L, Goldberg D, Sartorius N. Pathways to Psychiatric care in Cantabria. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88(4): 229-34.
10. Gater R, Jordanova V, Maric N, Alikaj V, Bajcs M, Cavic T, Dimitrov H, Iosub D, Mihai A, Szalontay AS, Helmchen H and Sartorius N. Pathways to psychiatric care in Eastern Europe. *British Journal of Psychiatry* 2005; 186: 529-535.

- 11.Pawlowski T, Kiejna A. Pathways to psychiatric care and reform of the public health care system in Poland. *European Psychiatry* 2004; 19: 168-71.
- 12.Kurihara T, Kato M, Reverger R, Tirta GR. Pathway to psychiatric care in Bali. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2006; 60: 204-210.
- 13.Fujisawa D, Hashimoto N, Masamune-Koizumi Y, Otsuka K, Sartorius N. Pathway to psychiatric care in Japan: a multicenter observational study. *International Journal of Mental Health Systems* 2008; 2-14.
- 14.Hashimoto N, Fugisawa D, Giasuddin NA, Kenchaiah BK, Narmandakh A, Dugerragchaa K, Tamakar SM, Adhikari SR, Sartorius N. Pathways to Mental Health Care in Bangladesh, India, Japan, Mongolia and Nepal. *Asia Pac J Public Health* 2010; 12 (Epub ahead of print).
- 15.Giasuddin NA, Choudhury NF, Hashimoto N, Fujisawa D, Waheed S. Pathways to Psychiatric care in Bangladesh. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2012; 47: 129-136.
- 16.Trivedi JK, Jilani AQ. Pathway of psychiatric care. *Indian J Psychiatry* 2011; 53: 97-98.
- 17.Bekele Y, Flisher A J, Alem A, Baherebeb. Pathways to psychiatric care in Ethiopia. *Psychol Med* 2009; 39: 475-483.
- 18.Amaddeo F, Zambello F, Tansella M, Thornicroft G. Aecessibility and pathways to psychiatric care in a community-based mental health system. *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 2001; 36: 500-507.
- 19.Girma E, Tesfaye M. Patterns of treatment seeking behaviour for mental illness in Southwest Ethiopia: a hospital based study. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 138 (Epub ahead of print).



20. Abdulmalik JO, Sale S. Pathways to psychiatric care for children and adolescents at a tertiary facility in northern Nigeria. *Journal of Public Health in Africa* 2012; vol 3 e 4:15-17.
21. Naqvi HA, Hussain S, Zaman M, Islam M. Pathways to Care: Duration of Untreated Psychosis from Karachi, Pakistan. *PLoS ONE* 2009; 4(10): e7409. doi :10.1371/Journal.0007409.
22. Thirthalli J, Varghese RS, Ross D. Pathways to psychiatric care in schizophrenia in India. *Schiz Resear* 2008; 83:160.
23. Fuchs J, Steinert T. Patients with a first episode of schizophrenia spectrum psychosis and their pathways to psychiatric hospital care in South Germany. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 375-380.
24. Singh SP, Grange T. Measuring pathways to care in first-episode psychosis: a systematic review. *Schiz Resear* 2006; 81: 75-82.
25. Cole MG, Yaffe MJ. Pathway to Psychiatric Care of the elderly with Depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1996; 11: 157-161.
26. Hinton L, Franz C, Friend J. Pathways to dementia diagnosis: evidence for cross-ethnic differences. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2004; 18: 134-144.
27. Desplenter FA, Laekeman GM, Simoens SR. Pathway for inpatients with depressive episode in Flemish psychiatric hospitals: a qualitative study. *Int J Ment Health Systems* 2009; 3:23.
28. Howard LM, Rigon E, Cole L, Lawor C, Johnson S. Admission to Women`s Crisis Houses or to Psychiatric Wards: Women`s Pathways to Admission. *Psychiatr Serv* 2008; 59(12): 1443-1449.
29. Morgan C, Mallett R, Hutchinson G, Leff J. Negative pathways to psychiatric care and ethnicity: the bridge between social science and psychiatry. *Social Science and Medicine* 2004; 58: 739-752.

30. Lawlor C, Johnson S, Cole L, Howard LM. Ethnic variations in pathways to acute care and compulsory detention for women experiencing a mental health crisis. *Int J Social Psychiatry* 2010; 58(1): 3-15.
31. Dressing H, Saliza HJ. Pathways to Psychiatric Care in European Prison Systems. *Behav Sci Law* 2009; 27: 801-810.
32. Graffar M. Une methode de classification sociale – echantillons de population. *Courrier* 1956; 6: 445-459.
33. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Geneva. World Health Organization. 1992.

**Anexo I:**

***Questionário sobre as vias de acesso:***

***Dados Sócio-Demográficos:***

1. Instituição:
2. N° do Processo Clínico:
3. Sexo: Masculino Feminino
4. Data de Nascimento:
5. Residência: Freguesia: Concelho:  
Distrito:
6. Vive com Companheiro/a: Sim Não
7. Estado Civil: Solteiro Casado Viúvo Divorciado
8. Situação Profissional: Activo Baixa Médica Desempregado  
Reformado por invalidez Reformado por limite de idade Nunca  
trabalhou Outra
9. Profissão:

***Dados Clínicos:***

1. Diagnóstico Principal (ICD-10):
2. Outros Diagnósticos (ICD-10):
3. Medicação Actual: Neurolépticos via Oral Neurolépticos Depot  
Antidepressivos Benzodiazepinas Estabilizadores do humor  
Outra
4. Tratamento Compulsivo: Sim Não

5. Destino após a consulta/internamento:                      Consulta Externa  
Internamento Psiquiátrico      Centro de Saúde      Transferência outra  
Instituição      Alta      Outra

***Teste de Graffar: (ver anexo II)***

1. A profissão (1º a 5º Grau):
2. O Nível de Instrução (1º a 5º Grau):
3. As Fontes de Rendimento Familiares (1º a 5º Grau):
4. Conforto do Alojamento (1º a 5º Grau):
5. Aspecto do Bairro onde Habita (1º a 5º Grau):

Score Total:

***Informação Básica:***

1. Informação preenchida por:
2. Data:
3. Data da primeira observação nos serviços de saúde mental:
4. Qual foi o primeiro sintoma apresentado pelo doente?
5. Há quanto tempo (em meses):

***Decisão da Primeira Procura de ajuda:***

1. Quem foi ver ou consultar primeiro?

0 – Curandeiro    1 – Polícia    2 – Assistente Social    3 – Enfermeiro    4 – Osteopata    5 – Médico de Clínica Geral    6 – Médico Especialista    7 – Urgência Geral    8 – Urgência Psiquiátrica    9 – Outro    10 - Desconhecido

2. Há quanto tempo (em meses)?

3. Quem iniciou o primeiro contacto?

0 – O próprio doente    1 – Familiares/amigos    2 – Vizinhos    3 – Colegas de trabalho    4 – Entidade Patronal    5 – Polícia    6 – Médico de Clínica Geral    7 – Outro    10 – Desconhecido

4. Quais os sintomas que levaram à decisão de procurar auxílio? (especificar)

5. Que tratamento foi dado?

***O Primeiro Ponto no Trajecto:***

1. Quem foi ver ou consultar em seguida?

0 – Curandeiro    1 – Polícia    2 – Assistente Social    3 – Enfermeiro    4 – Osteopata    5 – Médico de Clínica Geral    6 – Médico especialista    7 – Urgência Geral    8 – Urgência Psiquiátrica    9 – Outro    10 - Desconhecido

2. Há quanto tempo (em meses)?

3. Quem iniciou o primeiro contacto?

0 – O próprio doente    1 – Familiares/amigos    2 – Vizinhos    3 – Colegas de trabalho    4 – Entidade Patronal    5 – Polícia    6 – Médico de Clínica Geral    7 – Outro    10 – Desconhecido

4. Quais os sintomas que levaram à decisão de procurar auxílio?  
(especificar)
5. Que tratamento foi dado?

***O Segundo Ponto no Trajecto:***

1. Quem foi ver ou consultar em seguida?  
0 – Curandeiro    1 – Polícia    2 – Assistente Social    3 – Enfermeiro    4 – Osteopata    5 – Médico de Clínica Geral    6 – Médico especialista    7 – Urgência Geral    8 – Urgência Psiquiátrica    9 – Outro    10 - Desconhecido
2. Há quanto tempo (em meses)?
3. Quem iniciou o primeiro contacto?  
0 – O próprio doente    1 – Familiares/amigos    2 – Vizinhos    3 – Colegas de trabalho    4 – Entidade Patronal    5 – Polícia    6 – Médico de Clínica Geral    7 – Outro    10 – Desconhecido
4. Quais os sintomas que levaram à decisão de procurar auxílio?  
(especificar)
5. Que tratamento foi dado?

***O Terceiro Ponto no Trajecto:***

1. Quem foi ver ou consultar em seguida?  
0 – Curandeiro    1 – Polícia    2 – Assistente Social    3 – Enfermeiro    4 – Osteopata    5 – Médico de Clínica Geral    6 – Médico especialista    7 – Urgência Geral    8 – Urgência Psiquiátrica    9 – Outro    10 - Desconhecido

2. Há quanto tempo (em meses)?

3. Quem iniciou o primeiro contacto?

0 – O próprio doente    1 – Familiares/amigos    2 – Vizinhos    3 – Colegas de trabalho    4 – Entidade Patronal    5 – Polícia    6 – Médico de Clínica Geral    7 – Outro    10 – Desconhecido

4. Quais os sintomas que levaram à decisão de procurar auxílio?

1. Quem foi ver ou consultar(especificar)

5. Que tratamento foi dado?

### *O Quarto Ponto no Trajecto:*

1. Quem foi consultar em seguida?

0 – Curandeiro    1 – Polícia    2 – Assistente Social    3 – Enfermeiro    4 – Osteopata    5 – Médico de Clínica Geral    6 – Médico especialista    7 – Urgência Geral    8 – Urgência Psiquiátrica    9 – Outro    10 - Desconhecido

2. Há quanto tempo (em meses)?

3. Quem iniciou o primeiro contacto?

0 – O próprio doente    1 – Familiares/amigos    2 – Vizinhos    3 – Colegas de trabalho    4 – Entidade Patronal    5 – Polícia    6 – Médico de Clínica Geral    7 – Outro    10 – Desconhecido

4. Quais os sintomas que levaram à decisão de procurar auxílio?  
(especificar)

5. Que tratamento foi dado?

*O Quinto Ponto no Trajecto:*

1. Quem foi ver ou consultar em seguida?

0 – Curandeiro    1 – Polícia    2 – Assistente Social    3 – Enfermeiro    4 – Osteopata    5 – Médico de Clínica Geral    6 – Médico especialista    7 – Urgência Geral    8 – Urgência Psiquiátrica    9 – Outro    10 - Desconhecido

2. Há quanto tempo (em meses)?

3. Quem iniciou o primeiro contacto?

0 – O próprio doente    1 – Familiares/amigos    2 – Vizinhos    3 – Colegas de trabalho    4 – Entidade Patronal    5 – Polícia    6 – Médico de Clínica Geral    7 – Outro    10 – Desconhecido

4. Quais os sintomas que levaram à decisão de procurar auxílio?  
(especificar)

5. Que tratamento foi dado?



**Anexo II:****1. Escalões do Teste de Graffar:***1. Profissão*

1º Grau	Directores, licenciados, engenheiros, universitários, militares de alta patente
2º Grau	Chefes de Secções, subdirectores, peritos e técnicos
3º Grau	Adjuntos técnicos, desenhadores, caixeiros, encarregados, capatazes
4º Grau	Motoristas, polícias, cozinheiros
5º Grau	Jornaleiros, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza

*2. Nível de Instrução*

1º Grau	Ensino Universitário ou equivalente
2º Grau	Ensino Médio ou Técnico Superior
3º Grau	Ensino Médio ou Técnico Inferior
4º Grau	Ensino Primário Completo
5º Grau	Ensino Primário Incompleto ou Nulo

**3. Fontes de Rendimento**

1º Grau	Fortuna Herdada ou Adquirida
2º Grau	Lucros de Empresas, altos honorários, lugares bem remunerados
3º Grau	Vencimento mensal fixo, tipo funcionário
4º Grau	Remuneração por semana. Jorna, horas ou à tarefa
5º Grau	Beneficência Pública ou Privada

**4. Conforto de Alojamento**

1º Grau	Casas ou Andares luxuosos e muito grandes
2º Grau	Casas Grandes e Confortáveis
3º Grau	Casas ou andares modestos, bem construídos e com cozinha e casa de banho
4º Grau	Intermédio entre 3 e 5
5º Grau	Barracas, partes de casa, quartos, situações de prosmicuidade

### 5. *Aspecto do Bairro onde Habita*

1º Grau	Bairro Residencial elegante com valor de terreno elevado
2º Grau	Bairro residencial bom e bem conservado
3º Grau	Bairro com ruas estreitas e antigas, zonas comerciais
4º Grau	Bairro operário, populoso, valor de terreno diminuído, bairro social
5º Grau	Bairro social degradado, Bairro de lata, bairro de marginais

## 2. Classificação dos Estratos Sociais segundo Graffar:

*Classe I* – pontos de 5 a 9.

*Classe II* – pontos de 10 a 13.

*Classe III* – pontos de 14 a 17.

*Classe IV* – pontos de 18 a 21.

*Classe V* – pontos de 22 a 25.